**KEÇİÖREN İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**

Konu : Tıbbi Cihaz Satış Merkezi **Personel Değişikliği**

 Aşağıda bilgilerini vermiş olduğumuz Firmamız ’da,görevinden ayrılan ……………………………………

yerine …………………………………………….atanmış olup eski belgelerin iptali için iade ve yeni belgelerin basımı için ibraz edilen belgelerimiz yazımız ekinde sunulmuştur.

 Gereğini saygılarımla arz ederim.

Tıbbi Cihaz Satış Merkezi Belge No : …………………………………………………………………………………………………….

Firma Unvanı : ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Firma Adres : ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Telefon Numarası ve e-posta :………………………………………………………………………………………………………………

**(İşten AyrılanEski Personellerin)**

Adı Soyadı:

TC No:

Unvanı:

**(Yerine Atanan Yeni Personelin)**

Adı Soyadı:

TC No:

Unvanı:

**EKLER:**

*İşten Ayrılan Personelin İade Edilen Belgeleri:*Çalışma Belgesi ve Kimlik Kartı.

*İşe Başlayan Personelin İbraz Edilen Belgeleri:*Eleman Belgesi Fotokopisi,Kimlik Fotokopisi, Dekontlar ve Fotoğraflar.

*(Firma Sahip ve Ortaklarının Tamamının İsim ve İmzası.)*

Tarih ve Kaşe